

<注意>

資格確認書の交付を受けた場合、退職等資格喪失時、被扶養者を扶養削除申請する際は、資格確認書(有効期限切れを除く)の返納が必要です。

本届出は、上記の際、紛失により資格確認書の返納が出来ない場合に届出する(返納する資格確認書の代わりに提出する)ものです。

主任	担当

健康保険 資格確認書 紛失届
 [資格喪失(退職・被扶養者削除等)時に提出]

下記の通り、資格確認書を紛失いたしましたので、その旨お届けいたします。

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被保険者情報		※枝番(-00)記入は不要です。	
被保険者の記号・番号			
記号	1	1	1
番号(右詰め)	1	1	1
被保険者氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎		
事業所(いずれかに✓)	日中の連絡先 電話番号		連絡用メールアドレス
<input checked="" type="checkbox"/> REL <input type="checkbox"/> RSMC <input type="checkbox"/> 任継・特退			
従業員番号	事業所 _____ 一般(従業員)の場合のみ、記入願います。 担当者が記入		
退職者の場合	退職年月日	住所	TEL
平・令	年 月 日	〒	
0	3	0	3
3	1		
退職者の場合、退職年月日、住所、TEL番号を記入願います。			

申請内容	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) 紛失された方に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、その方が被扶養者の場合は、 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) ※該当者名を下記に記入してください						
紛失した(と思われる)対象者	<table border="1"> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	氏名	続柄				
氏名	続柄						
紛失した理由・状況等(詳しく記入してください)	必ず記入願います。(省略、空欄不可)						

記入者が代理人の場合	代理人による届出の場合のみ記入願います。
・代理記入の理由 被保険者が _____ のため、代理で記入いたしました。 記入者名: _____ (被保険者との続柄 _____)	

<注意事項>

- 当届は、退職者または被扶養者で扶養削除となる方が、紛失のため資格確認書(有効期限内のもの)を返納出来ない場合に提出してください。(有効期限切れの資格確認書は返納不要です)

<申請書の送付先>

加入区分	社会	<一般被保険者送付先> ・R8.6月到着まで: 社会保険労務士法人なんの木事務所 ・R8.7月到着以降: ソーシャルリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス
一般被保険者	社会	[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]
任意継続被保険者、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合	[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

上記の通り被保険者から届出がありましたので提出いたします。

受付日付印

事業所所在地		
事業所名称	事業所担当者印	印
事業主氏名		